*Nr karty (nadaje MOPS) ………………………………………*

*Nazwa organizacji świadczącej usługę ……………………………………………………………………………………..*

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **I** | **DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO LUB CZŁONKA RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ** |
| imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| adres zamieszkania |  |
| telefon  |  |
| adres e-mail |  |
| **II** | **PREFEROWANA FORMA, WYMIAR CZASU I MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ** |
| **□** | dzienna w miejscu zamieszkania | w godzinach:w dniach: |
| **□** | dzienna w ośrodku wsparcia | w godzinach:w dniach: |
| **□** | specjalistyczne poradnictwo |  |
| **III** | **DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ OBJĘTEJ OPIEKĄ WYTCHNIENIOWĄ** |
| imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| data urodzenia |  |
| adres zamieszkania |  |
| telefon  |  |
| stopień/rodzajniepełnosprawności\* |  |
|  | niepełnosprawność sprzężona | **□** TAK **□**  NIE |
|  | korzystanie z ośrodka wsparcia, placówki pobytu całodobowego (ŚDS, ośr. szkolno-wychowawczy, internat), usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego | **□** NIE**□** TAK (podać nazwę i adres ośrodka)  |
| **IV** | **STAN ZDROWIA, W SZCZEGÓLNOŚCI INFORMACJE NA TEMAT OGRANICZEŃ W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ LUB PORUSZANIA** |
|  |
| **V** | **OŚWIADCZENIA OPIEKUN FAKTYCZNEGO LUB CZŁONKA RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ** |
| **□** | Oświadczam, że podopieczny posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub, że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\* |
| **□** | Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 |
| **□** | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). |
| …………………………………………………….data i podpis opiekuna, członka rodziny |
| **VI** | **OŚWIADCZENIA OSOBY NEPEŁNOSPRAWNEJ (w przypadku osoby nieubezwłasnowolnionej)** |
| **□** | Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 |
| **□** | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). |
| ………………………………………………………data i podpis osoby niepełnosprawnej |
| **VII** | **PODOPIECZNY MA PRZYZNANE USŁUGI OPIEKUŃCZE BĄDŹ SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE (wypełnia pracownik MOPS)** |
| **□** | TAK | **□** | NIE |
| **POTWIERDZAM UPRAWNIENIE DO KORZYSTANIA Z USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ** |
| ……………………………………………….podpis pracownika MOPS |

\**do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności/lub równoważnym*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA TWOICH DANYCH OSOBOWYCH**

Niniejszą informację otrzymałeś w związku z obowiązkami określonymi w art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia
4 maja 2016 r. L 119/1).

|  |  |
| --- | --- |
| **Administrator danych**  | Administratorem Twoich danych osobowych jest Prezydent Wrocławia z siedzibą we Wrocławiu (dalej: my). Możesz się z nami skontaktować w następujący sposób:- listownie na adres: pl. Nowy Targ 1-8, 50-141 Wrocław- przez e-mail: dss@um.wroc.pl- telefonicznie: +48 71 777 77 42. |
| **Inspektor Ochrony Danych**  | Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Jest nim Sebastian Sobecki. Inspektor to Osoba, z którą możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Twoich danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Ci praw związanych z przetwarzaniem danych. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób:- listownie na adres: ul. G. Zapolskiej 4, 50-032 Wrocław,- przez e-mail: iod@um.wroc.pl,- telefonicznie: +48 71 777 77 24. |
| **Cele przetwarzania danych** | Będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe celem realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego. Celem programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:- dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,- osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności poprzez możliwość uzyskania doraźnej lub czasowej pomocy świadczonej w formie opieki wytchnieniowej realizowanej w oparciu o umowy zawarte z organizacjami pozarządowymi przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. |
| **Podstawa prawna przetwarzania**  | Będziemy przetwarzać twoje dane osobowe na podstawie art. 6 ust.1 lit a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (tj. **przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie udzielonej zgody**). |
| **Okres przechowywania danych**  | Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez 5 lat od stycznia kolejnego roku po zakończeniu Twojej sprawy.  |
| **Odbiorcy danych** | Twoje dane osobowe będą udostępniane podmiotom, którym powierzyliśmy przetwarzanie danych na podstawie zawartych umów (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, organizacje pozarządowe, które zostały wybrane w drodze otwartego konkursu jako realizatorzy zadania), a także innym podmiotom i instytucjom upoważnionym z mocy prawa,  |
| **Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych** | Przysługują Ci następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:  prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie Twoich danych osobowych, prawo dostępu do Twoich danych osobowych,  prawo żądania sprostowania Twoich danych osobowych,  prawo żądania ograniczenia przetwarzania Twoich danych osobowych, prawo do usunięcia Twoich danych osobowych, prawo do przenoszenia Twoich danych osobowych, prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych.Aby skorzystać z powyższych praw, skontaktuj się z Inspektorem Ochrony Danych (dane kontaktowe powyżej).  |
| **Prawo wniesienia skargi do organu** | Przysługuje Ci także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. |

…………………………………………………………………………………………. …..………………………………………………………………………………………

**Podpis osoby niepełnosprawnej nieubezwłasnowolnionej Czytelny podpis osoby składającej kartę zgłoszeniową**